

TESIS UPO

UPO
Peruana del
Oriente

UNIVERSIDAD PERUANA DEL ORIENTE



FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES E HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN CENTROS EDUCATIVOS BASICOS ESPECIALES DE LA CIUDAD DE IQUITOS - 2016”

Presentado por: HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, JOSÉ LUIS
JAVIER NEGRÓN, FRANCESCA VICTORIA LUISA

Asesor: CHÁVEZ PAREDES, Alejandro

Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista

Iquitos-Perú

2017

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA DE FECHA 04 DE Febrero
DEL 2017, POR EL JURADO CALIFICADOR NOMBRADO POR LA DECANA DE
LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA DEL
ORIENTE


C.D. Jorge Francisco Bardales Rios, Dr.
PRESIDENTE JURADO CALIFICADOR


C.D. Rosario del Pilar Bedón Ancani, Mg.
MIEMBRO JURADO CALIFICADOR


C.D. Raul Carranza del Aguila, Mg
MIEMBRO JURADO CALIFICADOR


C.D. Alejandro Chávez Paredes, Dr.
ASESOR


Lic. Eni. Maria Gloriosa Pérez de Vegas, Mg GE
**DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y
CIENCIAS DE LA SALUD**

*A Dios por ser
nuestro guía*

*A mis **padres y hermanos**
Por todo el tiempo, amor y apoyo brindado.*
HERNANDEZ, JOSE

*A mis **abuelos, padres y hermanos**
Por el apoyo, comprensión, amor y por ayudarme e impulsarme a
conseguir mis objetivos.*
JAVIER, FRANCESCA

*A los directores de los CEBE 9 de Octubre , Teniente Manuel Clavero y a todas
las personas con habilidades diferentes*

AGRADECIMIENTO

A Dios y cada una de las personas que participaron y colaboraron para la realización de este trabajo.

*Agradecemos al **Dr. Alejandro Chávez Paredes** por el asesoramiento, comprensión y apoyo durante la realización de dicha labor.*

A los doctores quienes nos ayudaron con sus consejos durante las diferentes etapas de la investigación:

Dr. Rubén Meléndez †

Dra. Rosario Bedón

Dra. Claudia Guevara

Dr. Francisco Javier

Dra. Wendy Musac

Dr. Luis López

Dr. Enrique Febres

Dr. Raul Carranza

Y a todas las personas que laboran en la **Universidad Peruana del Oriente** por el apoyo brindado

INDICE DEL CONTENIDO

CAPÍTULO I MARCO TEORICO

1.1 Estado del arte	Pág.01
1.2 Bases Teóricas.....	Pág.04
1.3 Marco Conceptual.....	Pág.19
1.4 Hipótesis.....	Pág.20
1.5 Variables de Estudio.....	Pág.21
1.6 Operacionalización de las Variables.....	Pág.21

CAPÍTULO II METODOLOGIA

2.1. Tipo de Investigación.....	Pág.22
2.2 Diseño de Investigación	Pág.22
2.3 Población y Muestra	Pág.23
2.4 Materiales e Instrumentos... ..	Pág.23
2.5 Métodos	Pág.25
2.6 Tratamientos de los Datos	Pág.26
2.7 Consideraciones Éticas	Pág.26

CAPÍTULO III PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

3.1 Resultados	Pág.27
3.2 Discusión de Resultados	Pág.44

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones.....	Pág.46
4.2 Recomendaciones.....	Pág.47

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

1. Cuadro N° 1: Distribución de pacientes según institución educativa.....	Pág.27
2. Cuadro N° 2: Distribución de pacientes según genero de los niños.....	Pág.28
2.1. Grafico N°1: Distribución de pacientes según genero de los niños.....	Pág.28
3. Cuadro N° 3: Distribución de pacientes según grado de instrucción de la madre.....	Pag.29
3.1. Grafico N°2: Distribución según grado de instrucción de la madre.....	Pág.29
4. Cuadro N° 4: Distribución de pacientes según IHO de los niños.....	Pág.30
4.4. Grafico N° 3: Distribución de pacientes según IHO de los niños.....	Pág.30
5. Cuadro N° 5: Distribución de pacientes según nivel de conocimiento de las madres.....	Pág.31
5.1. Grafico N°4: Distribución de pacientes según nivel de conocimiento de las madres.....	Pág.31
6. Cuadro N° 6: Nivel de conocimiento según el grado de instrucción de la madre.....	Pág.32
6.1. Grafico N° 5: Análisis Bivariado (nivel de conocimiento de las madres según el grado de instrucción).....	Pág.33
7. Cuadro N° 7: IHO de los niños según la institución educativa.....	Pág.34
7.1. Grafico N° 6: IHO de los niños según la institución educativa.....	Pág.34
8. Cuadro N° 8: IHO según genero del niño.....	Pág.36
8.1. Grafico N° 7: IHO según genero del niño.....	Pág.37

9. Cuadro N° 9: IHO se los niños según el nivel de conocimiento de la madre de la institución educativa básica 09 de octubre.....	Pág.38
9.1. Grafico N° 8: IHO de los niños según el nivel de conocimiento de la madre de la institución educativa básica 09 de octubre.....	Pág.39
10. Cuadro N° 10: IHO de los niños según el nivel de conocimiento de la madre de la institución educativa básica Teniente Clavero.....	Pág.40
10.1. Grafico N° 9: IHO de los niños según el nivel de conocimiento de la madre de la institución educativa básica Teniente Clavero.....	Pág.41
11. Cuadro N° 11: IHO de los niños según el nivel de conocimiento de las madres.....	Pág.42
11.1. Grafico N° 10: IHO de los niños según el nivel de conocimiento de las madres.....	Pág.43

RESUMEN

El presente trabajo realizado tuvo como propósito mostrar relación del nivel de conocimiento de las madres de niños discapacitados con el Índice de Higiene Oral de sus respectivos niños de los CEBE 9 de octubre y Teniente Manuel Clavero de la ciudad de Iquitos, la muestra de los niños con discapacidad fue de 48 niños con sus respectivas madres.

En primer lugar, de nuestra investigación se dispuso a evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal, que se llevó acabo por medio de un cuestionario de 17 preguntas, que estuvo dividido en cinco partes: 2 preguntas sobre placa bacteriana, 2 preguntas sobre caries dental, 2 preguntas sobre enfermedad periodontal, 8 preguntas sobre prevención en salud bucal, 3 preguntas sobre información general.

En segundo lugar, de nuestra investigación se centró en demostrar la relación entre el nivel de conocimiento de las madres de niños discapacitados y el índice de IHO de los respectivos niños, obteniendo los resultados de regular nivel de conocimiento en las madres, con un 18,8%, y el índice de higiene oral encontrado fue malo con un 47,9%, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el nivel de conocimiento de las madres de niños discapacitados.

**LEVEL OF KNOWLEDGE ON MOTHERS 'HEALTH AND ORAL HYGIENE OF
CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES IN SPECIAL BASIC
EDUCATIONAL CENTERS OF THE
CITY OF IQUITOS - 2016**

The present work carried out with this purpose to demonstrate the relation of the level of knowledge of the mothers of disabled children with the IHO the children of the CEBE 9 of October and Lieutenant Manuel Clavero of the city of Iquitos, the sample of the children with disability was of 48 children with their respective mothers.

First of our research to evaluate the level of knowledge of mothers about oral hygiene, which was done through a questionnaire of 17 questions, which was paid in five parts: 2 questions about plaque, 2 questions about tooth cavity, 2 questions on periodontal disease, 8 questions on oral health prevention, 3 questions on general information.

Second, our research focused on demonstrating the relationship between the level of knowledge of mothers of disabled children and the IHO index of children's reference, obtaining the results of regular level of knowledge in mothers with an 18, 8%, and the rate of the decade of 2001 was 47.9%, establishing a statistically significant relationship between the girls' IHO and the level of knowledge of the mothers of disabled children

INTRODUCCIÓN

En el Perú existe una población de 13.3% de personas discapacitadas según el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), en los cuales es prioritario el cuidado y la prevención de las enfermedades odontoestomatológicas para lo cual es primordial tener conocimiento en temas de salud bucal.

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad demostrar la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal en las madres de los niños con discapacidad, ya que en mayoría de los casos las madres son los responsables directos de la Higiene Bucal de los niños con discapacidad.

Por otro lado, los familiares más cercanos a los niños pueden brindar conocimientos que pueden perjudicar a los niños, como los familiares y hasta los mismos educadores debido a la falta de conocimientos sobre salud bucal.

Pretendemos que los resultados de esta investigación sirvan como base para la actualización de las bases de datos estadísticos sobre el nivel de conocimiento de las madres de niños discapacitados y la creación de programas preventivos en salud bucal.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Determinar la influencia del nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal en la higiene oral de niños con discapacidad intelectual en los centros educativos básicos especiales de la ciudad de Iquitos.

Objetivos específicos

1. Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños con discapacidad intelectual a través de una prueba de conocimiento.
2. Identificar la higiene oral en niños con discapacidad intelectual a través de un examen intraoral utilizando el índice de higiene oral simplificado.
3. Establecer la relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres con la higiene oral de los niños con discapacidad intelectual.

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

1.1. Estado del arte (Antecedentes)

MAGALHAES, M.H.C.G.; BECKER, M.M.; RAMOS, M.S. (1997). Realizaron un programa preventivo de higiene supervisada, en pacientes portadores de parálisis cerebral. Éste se basó en la concientización, estimulación y búsqueda de nuevas alternativas que promoviesen **el control de la placa bacteriana** en pacientes portadores de parálisis cerebral. Los resultados demostraron una reducción estadísticamente significativa de la placa bacteriana estadísticamente.²⁷

GONZÁLES LOBATÓN (1998). En su investigación que constó en aplicar técnicas de cepillado dental en pacientes con Retardo mental leve y moderado, concluyó que el IHO evoluciona mejor en relación a la técnica de cepillado de Bass y que los pacientes con Retardo mental leve presentan una evolución favorable ante cualquier técnica de cepillado, en comparación con los que presentan Retardo moderado, también recomienda que en **los programas de salud bucal a niños con Retardo mental deben estar comprendidos tanto profesores como padres de familia.**²⁸

REQUENA BLAS (1999). En su estudio realizado en dos Centros Educativos especiales de Huaral y Chancay, afirma que **los niños con Retardo mental presentaron mayor IHO que los niños con Síndrome Down**, mas su hallazgo no tuvo significancia estadística.²⁹

CABELLOS ALFARO, D. (2006). Realizó una investigación del tipo observacional, descriptivo y Correlacional, teniendo como objetivo determinar la **Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Higiene Bucal de los Padres y la Higiene Bucal del Niño Discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú**, la muestra estuvo conformada por 90 padres y sus 90 hijos con discapacidad (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo) del Centro Ann Sullivan del Perú. El sub-grupo Síndrome Down estuvo conformado por 13 alumnos, el sub-grupo Retardo mental por 39 alumnos y el sub-grupo Autismo por 38 alumnos.

Se presenta los resultados generales obtenidos de los Padres de niños discapacitados sobre higiene bucal, agrupados en tres niveles, encontrándose en su mayoría al nivel de conocimiento regular, con un 68,9%, seguido por un conocimiento malo de 18,89% y por último aquellos padres con un conocimiento bueno de 12,22%. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el IHO del niño discapacitado y el Nivel de conocimiento en higiene bucal del Padre ($p < 0.05$) y una correlación inversa regular significativa entre el IHO del niño discapacitado y el Nivel de conocimiento del Padre (0.58) $p < 0.05$.³

BENAMENTE LIPA, L. (2007). El propósito de esta investigación fue evaluar la **influencia del nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de padres o apoderados sobre el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental**. Se realizó una investigación de tipo analítico y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 58 niños de ambos géneros con retardo mental leve o moderado entre los 6 y 14 años de edad, quienes acudieron con sus padres o apoderados.

Al relacionar el Nivel de Educación Sanitaria sobre Salud Bucal de Padres o Apoderados con el estado de salud e higiene bucal de los niños con retardo mental, se observó que el 62,1% de los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Bajo de Educación Sanitaria sobre Salud Bucal presentaron un estado de salud e higiene bucal malo en comparación con el 65,5% de los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Medio de Educación Sanitaria sobre Salud Bucal que presentaron un estado de salud e higiene bucal regular, se halló diferencia estadísticamente significativa al aplicar la prueba X² ($p=0,036$).

Por tanto se deduce que el nivel de educación sanitaria sobre salud bucal que poseen los padres o apoderados, está relacionada con el estado de salud e higiene bucal de los niños con retardo mental leve o moderado estudiados⁴

NAVAS R., MOGOLLÓN J. (2007) Realizó una investigación en 35 padres y sus niños con síndrome de Down del Instituto de Educación Especial El Zulia del municipio Maracaibo (estado Zulia), Venezuela, teniendo como objetivo determinar la **Participación de los Padres en el cuidado de la Salud Bucal de los niños y adolescentes con Síndrome de Down**. Se determinaron las condiciones de salud bucal de los niños mediante la evaluación del estado de la dentición, necesidades de tratamientos, índice de placa e índice gingival. El 62,6% de los niños y adolescentes tenían caries dental. El índice CPOD fue de 5,5 y el de ceod fue de 3,6. El porcentaje más elevado de placa grado 1 (22,8) se reportó en el grupo de 11 a 14 años. El índice gingival fue de 3,72. Los padres participaron en reflexiones y análisis sobre la salud bucal, identificando, caracterizando y definiendo estrategias y operaciones para enfrentar los inadecuados cuidados de salud bucal de estos niños. En conclusión, los padres de los niños de este estudio participaron activamente en la búsqueda de propuestas efectivas para mejorar la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down.⁵

1.2. Bases Teóricas

Conocimiento Sobre Salud Bucal

BENAMENTE LIPA, L (2007) Es el nivel de educación que poseen las personas acerca de la situación de salud bucal, y que se puede medir a través de la identificación de factores de riesgo, se evidencia por su capacidad de prevenirlos o controlarlos a nivel individual o grupal.⁴

HIGASHIDA B. (2000) Es la resultante de la interacción de todos los factores económicos sociales, biológicos y culturales que propician una permanencia más prolongada de los órganos dentarios en el individuo y que además se sustente en una actitud de prevención, nutrición, higiene y armonía fisiológica que permita la mejor función con los órganos involucrados en la digestión.⁶

Placa Bacteriana

CUENCA E. (2005) La placa bacteriana es una biopelícula, adherida sobre la superficie dental. Está constituida por la fusión de microcolonias de células microbianas adherentes y una matriz acelular. La placa bacteriana aparece como un depósito blando de color blanco amarillento y, al ser adherente no es eliminada por acción de la masticación o por el aire a presión.⁷

BOJ J.R et al. (2005) Es un depósito adherido sobre la superficie dentaria de diversas comunidades de bacterias inmersas en una matriz extracelular de polisacáridos.

Caries Dental

BOJ J.R et al. (2005) La caries dental es una enfermedad de origen microbiano, localizado en los tejidos duros dentarios, que se origina con una desmineralización del esmalte por acción de ácidos orgánicos producido por bacterias orales específicas que metabolizan a los hidratos de carbono de la dieta.

El proceso biológico que se produce es dinámico: desmineralización – remineralización, lo que implica que es posible controlar la progresión de la enfermedad y hacerla reversible en los primeros estadíos.⁸

PODESTÁ (2005) Se considera una enfermedad multifactorial y crónica porque necesita de la intervención de 4 factores para establecerse: el huésped, dieta cariogénica, microbiota con potencial cariogénico y el tiempo.

Existen evidencias que han permitido demostrar que la placa bacteriana es un pre requisito indispensable para la iniciación de la caries dental y la enfermedad periodontal.⁹

Enfermedad Periodontal

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN (2005) Las enfermedades periodontales son un grupo de cuadros clínicos de origen infeccioso que afectan a las estructuras de soporte del diente y se clasifican en dos amplios grupos: gingivitis y periodontitis.¹⁰

CARRANZA F. (2004) Las enfermedades periodontales se asocian también a enfermedades genéticas y hereditarias, siendo la periodontitis de inicio temprano una característica frecuente, donde se agrupan según los defectos proteicos o bioquímicos resultantes.¹¹

Hábitos Dietéticos

GUEDES A. (2003) La dieta es uno de los factores etiológicos importantes de la caries dental. Los microorganismos cariogénicos, tales como el S. mutans y los lactobacilos tienen la capacidad de metabolizar los azúcares- especialmente la sacarosa- para obtener energía.

Como resultado de este proceso metabólico se producen ácidos, que finalmente son los causantes de la desmineralización de los tejidos duros de los dientes.

El aspecto más conocido en lo referente al efecto local del alimento en la cavidad bucal está relacionado con la propiedad que algunos alimentos duros y fibrosos tienen en la

limpieza. Sin embargo, se demuestran que la composición química del alimento es más importante que la consistencia física durante la remineralización del esmalte.

Cuanto más bajo el pH, mayor es la acidez y mayor el grado de disolución de hidroxiapatita. Por lo tanto si la ingestión de un tipo de alimento provoca una caída de pH, por debajo de los niveles considerados críticos (pH 5.5) podrá ocurrir la disolución del esmalte y consecuentemente lesiones cariosas.

Orientación Dietética

GUEDES A. (2003) Es esencial tener conocimiento de los hábitos alimenticios del paciente para una mejor comprensión de su actividad de caries con el propósito de establecer un plan de tratamiento y medidas preventivas de acuerdo a sus necesidades, permitiéndonos el mantenimiento de su salud bucal.

Es necesario que posea algunas características básicas:

1. Flexibilidad durante la orientación, con el propósito de encontrar las necesidades reales del paciente.
2. Entusiasmo del profesional y del personal auxiliar, ya que el paciente podrá ser más fácilmente motivado si todos creen y son conscientes de la importancia de sus hábitos de alimentación.
3. Organización necesaria para un buen planeamiento y acompañamiento de la dieta.

Es común que algunos padres omitan datos en la dieta, principalmente la ingestión de alimentos cariogénicos, debido a ello, es importante esclarecer que no serán

juzgados los hábitos existentes y que más bien existe la necesidad de adecuar estos hábitos para que el niño no tenga daños en su salud¹²

Higiene Oral

HEREDIA C. (1999). Es el acto por el cual se eliminan grandes cantidades de restos alimenticios y placa dental.¹³

BENAMENTE LIPA, L (2007). Es la situación de salud- enfermedad bucal del niño, que se pueden medir a través de indicadores como: Salud dental (CPOD- ceod), salud gingival (IG) e higiene bucal (IHOS).⁴

Higiene Oral En Niños Excepcionales

ARIAS S. et al. (2005) En los niños con discapacidad intelectual se presentan numerosos problemas de salud bucal debido a la mala higiene, la dieta blanda y las dificultades para el tratamiento, la proporción de caries dental en estos niños aumenta, y los problemas bucales en ellos son más severos por las anomalías dentales que presentan.

Los procedimientos habituales de higiene bucal no logran el propósito de controlar la placa dental, de prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal, dado el papel determinante que tiene la misma en la causa de ambas afecciones, las que a su vez pueden causar la pérdida dental prematura, uno de los factores de riesgo en las

maloclusiones, en las que también juegan un papel fundamental los hábitos deformantes.¹⁴

OTERO J. (2005) La importancia de la buena salud oral de los pacientes afectados con discapacidades físicas e intelectuales han motivado a varios autores a preparar un Programa de Higiene Oral y de prevención de enfermedades dentales y periodontales, demandando la participación de los demás miembros de las respectivas familias, los educadores y los profesionales especializados.¹⁵

Índices de higiene oral

CUENCA E., et al. La literatura científica muestra una gran diversidad de métodos para medir la higiene oral

Estos índices no miden propiamente la existencia de una enfermedad, sino unos parámetros íntimamente ligados a la presencia de aquella o al riesgo de contraerla, la medición de higiene oral da una idea del nivel de conciencia sobre la salud oral de una comunidad. Prueba de ello es que son índices utilizados habitualmente en una evaluación de los resultados de un programa de educación para la salud dental.⁷

Índice de Placa Simplificado

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA (1994). El índice de placa simplificado mide el grosor de la placa en el área gingival de los dientes seleccionados. Se requiere de una sustancia reveladora.

Los valores son los siguientes:

- Grado 0 : Ausencia de placa en la superficie dentaria
- Grado 1: Presencia de placa bacteriana teñida que no cubre más allá del tercio cervical de la superficie dentaria.
- Grado 2: Presencia de placa bacteriana teñida que cubre total o parcialmente el tercio cervical así como el tercio medio de la superficie dentaria.
- Grado 3: Presencia de placa bacteriana teñida que cubre desde cervical los 3 tercios de la superficie dentaria total o parcialmente (cervical, medio y oclusal).

Índice De Cálculo

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA (1994).Se utilizan las mismas superficies de las piezas seleccionadas para la instrucción de Higiene Oral Simplificado. Se requiere el uso de un explorador.

Los valores son los siguientes:

- Grado 0 : Ausencia de cálculo
- Grado 1: Presencia de cálculo supragingival que no cubre más del tercio cervical.
- Grado 2: Presencia de cálculo supragingival que cubre el tercio cervical y medio o cálculo subgingival discontinuo.

- Grado 3: Presencia de cálculo supragingival que cubre más de dos tercios de la zona cervical o banda continua o banda continúa del cálculo subgingival.¹⁶

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S)

CABELLOS ALFARO, D. (2006). El Índice de Higiene Oral fue desarrollado por Green y Vermillion en el año 1960, se compone de los índices de placa y de cálculo, el valor del índice se obtienen sumando los valores obtenidos del Índice de Placa Simplificado más el del Cálculo Simplificado.

Determina cuantitativamente los depósitos blandos y duros sobre las superficies dentarias, el estado de higiene oral se mide únicamente en superficies de dientes completamente erupcionados o que hayan alcanzado el plano oclusal.

En cada uno de los segmentos posteriores se examina el primer diente erupcionado por completo hacia distal del segundo premolar o en el segundo molar deciduo (en dentición mixta), por lo general, aunque no siempre, es el primer molar permanente.

Se adjudican puntajes a las superficies vestibular del incisivo central superior derecho y del incisivo central inferior izquierdo (temporal o deciduo, según edad).

Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente el diente por evaluar.

Para obtener el índice deben estar presentes en boca como mínimo 2 de las piezas

señaladas, de lo contrario el índice se obtiene evaluando todas las piezas presentes en boca.³

Bueno	0.0 - 1.2
Regular	1.3 - 3.0
Malo	3.1 - 6.0

Hábitos De Higiene Oral

Cepillado

MORALES, OSCAR (2006). Mecanismo por el cual se remueve placa microbiana de la superficie dental, la limpieza se debe realizar después de cada comida y siempre antes de dormir y debe empezar con la erupción del primer diente.¹⁷

LINDHE, J (2005) Es la eliminación completa de la placa en el menor tiempo posible, sin causar ninguna lesión a los tejidos los cuales pueden clasificarse en diferentes categorías según el patrón de movimiento que realiza el cepillo.¹⁸

Técnica del cepillado

GUEDES A. (2003) Independientemente de la técnica de cepillado a ser adoptada en niños que cuenten con poca habilidad manual, se recomienda un posicionamiento específico del niño y de la madre (o de la persona que ejecutara el cepillado), con la finalidad que se realice la higiene bucodental de manera correcta.

La posición indicada por Starkey es considerada ideal y consiste en que el niño permanezca de pie al frente y de espalda a la madre o la persona que ejecutara el cepillado, apoyando la cabeza contra ella.

Starkey recomienda que la mano izquierda estabilice la mandíbula del niño y la mano derecha sujete firmemente el cepillo dental para ejecutar los movimientos del cepillado. Es necesario estabilizar la mandíbula para evitar daños a la encía y obtener el éxito en el cepillado.¹²

MATOSSES A. (2001) la situación incapacitante determinará si será capaz de utilizar un cepillo dental por sus propios medios o no. Se han modificado algunos cepillos dentales para facilitar el manejo de los mismos por los discapacitados.

La técnica de cepillado para pacientes discapacitados debe ser eficaz pero sencilla, y la más recomendada frecuentemente es el método horizontal o de barrido, la cabeza del cepillo se posiciona en un ángulo de 90° respecto de la superficie dental y se realiza movimiento horizontal. Las superficies oclusal, lingual y palatina de los dientes se cepillan con la boca abierta y las superficies vestibulares se limpian con la boca cerrada.¹⁹

GUEDES A. (2003) La técnica de Fones es indicada para los niños de edad preescolar su aprendizaje requiere menor tiempo de enseñanza y es de simple comprensión, siendo recomendada para niños que no presentan mucha habilidad, que sean menos motivados o interesados, o incluso también, cuando se cuenta con poco tiempo disponible para la enseñanza.

En esta técnica los movimientos realizados en las superficies vestibulares, linguales o palatinas de los dientes son circulares y en las superficies oclusales e incisales son anteroposteriores.

GUEDES (2003) Existen varios factores que intervienen para escoger los cepillos dentales, incluyendo el material de las cerdas, el largo, el diámetro y el número total de cerdas, el tamaño de la cabeza (parte activa) del cepillo, el número y colocación o posición de los penachos de cerdas; la angulación de la cabeza en relación al mango del cepillo y la forma del mango.¹²

BOJ (2005) Lo más recomendable para el niño son los cepillos que posean cerdas blandas de punta redondeada. Se aconseja un tamaño de cabezal de cepillo más pequeño y un mango más grueso que en el adulto.⁸

Hilo Dental

HEREDIA C. et al. (1999) Generalmente no se recomienda la utilización del hilo dental para higienizar los dientes de los niños pequeños. Los diastemas y espacios primates, característicos de la dentición decidua, permiten la limpieza de las superficies proximales sin necesidad de emplear el hilo dental. Sin embargo, los niños mayores y los adolescentes si deben utilizarlo.

El hilo dental puede ser encerado o no, pero debe tener hebras paralelas, que formen una especie de cinta cuando sea presionado sobre la superficie proximal de los dientes.

Tome un segmento de hilo dental de unos 30 a 40 cm., enrolle una vuelta del hilo en uno de los dedos medios y en el dedo medio de la otra mano enrolle varias vueltas, manipule el hilo con los dedos pulgares e índices deslizando el hilo entre los dientes, introduciéndolo suavemente sin movimientos de vaivén a través de los puntos de contacto, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente.¹³

Flúor

PODESTÁ (2005) El flúor es un elemento del grupo de los halógenos, electronegativos, que por lo general se encuentra unido a otros elementos debido a su gran reactividad.

El flúor reduce la incidencia de la caries dental y disminuye o invierte la progresión de las lesiones ya existentes. Favorece la capacidad del esmalte para la remineralización retrasando así la progresión de cualquier lesión cariosa presente.⁹

BOJ (2005) El flúor puede utilizarse tanto en forma sistémica como tópica. Se ha comprobado que el flúor ejerce principalmente su efecto protector de la caries en el período post eruptivo, y sobre todo gracias a su acción tópica. Además, el flúor vía sistémica parece tener un efecto preventivo más modesto, actuando principalmente en el período pre eruptivo por incorporación del flúor a través de la circulación sanguínea al esmalte en desarrollo.⁸

Discapacidad Intelectual

LUCKASSON et al, (2002). La discapacidad intelectual es una entidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años.

Criterios de Identificación de la Discapacidad Intelectual

LUCKASSON et al, (2002) El objetivo no se limita a definir o diagnosticar la discapacidad intelectual sino a progresar en su clasificación y descripción, con el fin de identificar las capacidades y debilidades, los puntos fuertes y débiles de la persona en una serie de áreas o dimensiones que abarcan aspectos diferentes, tanto de la persona como del ambiente en que se encuentra.

Estas dimensiones o áreas son las siguientes:

1. Las capacidades más estrictamente intelectuales.
2. La conducta adaptativa, tanto en el campo intelectual como en el ámbito social, o en las habilidades de la vida diaria.
3. La participación, las interacciones con los demás y los papeles sociales que la persona desempeña
4. La salud en su más amplia expresión; física y mental.
5. El contexto ambiental y cultural en el que la persona se encuentra incluida.²⁰

Causas de la Discapacidad Intelectual

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE CHILE (2007) A la base de toda discapacidad intelectual, existen limitaciones en el funcionamiento cognitivo de la persona originadas por distintos factores causales, de orden personal o ambiental, que pueden ejercer su acción en diferentes momentos, más o menos críticos, del desarrollo del individuo.

Estos factores causales pueden ser:

Genéticos: Se diagnostican generalmente en etapas tempranas y en ocasiones en la vida intrauterina Por ejemplo: El Síndrome de Down, Síndrome de West, desórdenes metabólicos entre otros.

Del parto: Prematurez (condicionada por el peso de nacimiento o edad gestacional) hipoxias, traumas.

De la primera infancia: enfermedades virales que afectan el sistema nervioso central, (meningitis, encefalitis, entre otras), intoxicaciones, traumatismos, desnutrición extrema.

Socio-culturales: Situación de extrema pobreza, maltrato infantil, ambiente carente de afectos y estímulos, deficiente cuidado de los niños, inadecuado tratamiento médico.²¹

Síndrome De Down

BOJ J.R et al. (2005). El síndrome de Down es un trastorno genético, causada por un cromosoma extra del par 21, lo que posteriormente daría origen a la también denominación de “trisomía 21”. Más tarde también se encontró que algunos niños tenían una traslocación del cromosoma 21 y mosaicismo (en parte de sus células la fórmula cromosómica es normal, sin embargo en la otra parte dicha fórmula es de un cromosoma 21 extra).⁸

PINKHAN J.R (2001) Las características clínicas del Síndrome de Down son muy reconocibles e incluyen retraso mental moderado, estatura corta, complexión robusta, hipotonía, disposición amigable y casi siempre bondadosa, conducta terca ocasional y anomalías congénitas.²²

Autismo

MULHE R., et al (2004). El autismo es un trastorno físico ligado a una biología y química anormal en el cerebro, cuyas causas exactas se desconocen. Es un trastorno complejo del desarrollo que aparece en los primeros 3 años de la vida, aunque algunas veces el diagnóstico se hace mucho después. Este trastorno afecta el desarrollo normal del cerebro en las habilidades sociales y de comunicación.

Las características comunes del autismo comprenden: deterioro en las relaciones sociales, en la comunicación verbal y no verbal, problemas para procesar información proveniente de los sentidos, al igual que patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.²³

BOJ J.R et al. (2005) El autismo es una psicosis precoz grave que sobreviene en la primera infancia. La etiología es desconocida y su prevalencia es de 2 a 4 de cada 10,000 niños menores de 12 a 15 años, siendo más frecuente en niños que en niñas. Aproximadamente el 80% presentan retraso mental, siendo éste profundo en más de la mitad de los casos. El pronóstico depende, en gran parte, de su coeficiente intelectual.⁸

1.3. Marco conceptual

Conocimiento de salud bucal. - Es el nivel de educación que poseen las personas acerca de la situación de salud o enfermedad, y que se puede medir a través de la identificación de factores de riesgo, se evidencia por su capacidad de prevenirlos o controlarlos a nivel individual o grupal. BENAMENTE LIPA, L (2007)⁴

Higiene Oral. - Referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos. MORALES, O (2006).¹⁷

Índice. - Unidades de medida empleadas en Odontología sanitaria. Proporciones o coeficientes que sirven como indicadores de frecuencia con que ocurren ciertas enfermedades y ciertos hechos en la comunidad. Pueden incluir o no determinaciones del grado de severidad e la enfermedad. FRIEDENTHAL, M (1996).²⁴

Índice De Higiene Oral. -Es una técnica de medición que sirve para estudiar la epidemiología de las enfermedades periodontales y el cálculo, por lo tanto, evalúa la eficacia del cepillado dental, la atención odontológica de una comunidad, y también nos

permite observar los efectos inmediatos y mediatos de programas de educación sanitaria dental. MORALES, O (2006).¹⁷

Discapacidad Intelectual: La discapacidad intelectual es una entidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años. LUCKASSON et al, (2002).²⁰

Síndrome de Down. - El síndrome de Down es un trastorno genético, causada por un cromosoma extra del par 21, lo que posteriormente daría origen a la también denominación de “trisomía 21”. Más tarde también se encontró que algunos niños tenían una translocación del cromosoma 21 y mosaicismo (en parte de sus células la fórmula cromosómica es normal, sin embargo, en la otra parte dicha fórmula es de un cromosoma 21 extra). BOJ J.R et al. (2005).

Autismo. - Es una psicosis precoz grave que sobreviene en la primera infancia. La etiología es desconocida y su prevalencia es de 2 a 4 de cada 10,000 niños menores de 12 a 15 años, siendo más frecuente en niños que en niñas. Aproximadamente el 80% presentan retraso mental, siendo éste profundo en más de la mitad de los casos. BOJ J.R et al. (2005).⁸

1.4. Hipótesis.

“El nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal influye significativamente en la higiene oral de niños con discapacidad intelectual.”

1.5. Variables de Estudio

Variable 1

Higiene oral de los niños con discapacidad intelectual.

Variable 2

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres

1.6. Operacionalización de las variables.

VARIABLES	INDICADORES	INDICES
Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres.	<p>Cuestionario de 17 preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placa bacteriana (2) • Caries (2) • Enfermedad periodontal (2) • Prevención (8) • Información general (3) 	<p>Bueno (12 a 17)</p> <p>Regular (06 a 11)</p> <p>Malo (00 a 05)</p>
Higiene oral (Niños con Discapacidad)	Índice de Green y Vermillion (IHOS)	<p>Bueno 0.0 - 1.2</p> <p>Regular 1.3 – 3.0</p> <p>Malo 3.1 – 6.0</p>

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

2.1 Tipo de investigación.

POLIT, D. et al. (2000). En el presente estudio el tipo de investigación que se empleó de acuerdo a la naturaleza del objeto de estudio fue CUANTITATIVO porque los resultados fueron medidos en términos numéricos previa recolección sistemática de información, así como el procesamiento de análisis e interpretación de la información mediante pruebas estadísticas.²⁵

2.2 Diseño de la investigación.

HERNÁNDEZ, R. et al (2007). El diseño que se empleó en el estudio fue NO EXPERIMENTAL porque esto nos permitió analizar un fenómeno como se encuentra naturalmente, dentro de la realidad; DISEÑO CORRELACIONAL, porque nos permitió obtener la relación existente entre las variables en estudio; CORTE TRANSVERSAL, porque el estudio estuvo dado en un tiempo determinado y PROSPECTIVO, porque los resultados se dieron a través de la variable independiente para identificar el efecto en la variable dependiente.²⁶

2.3 Población y muestra

Población.

La población del presente estudio estuvo conformada por 48 niños con discapacidad intelectual matriculados en los centros educativos básicos especiales de la ciudad de Iquitos durante el 2016.

Muestra.

La muestra fue la misma población es decir los 48 niños especiales matriculados en el 2016.

2.4. Materiales e instrumentos

Técnica e Instrumentos

Las técnicas para recabar la información fueron cuestionarios encuesta.

- 1) La Encuesta: Técnica cuantitativa que consiste en una investigación realizada sobre una muestra de sujetos, representativa de un colectivo más amplio que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación (instrumentos) con el fin de conseguir mediciones cuantitativas sobre las variables en estudio.
- 2) Los instrumentos que se utilizaron fue un cuestionario. El Cuestionario Instrumento elaborado por los investigadores que se utilizó en el recojo de

datos, sobre las características de la madre: edad, grado de instrucción, conocimiento básico sobre salud bucal, constituido por preguntas cerradas o abiertas, donde algunas de las preguntas cerradas se presentaron con una alternativa abierta como oportunidad para los encuestados(as) a dar una respuesta diferente a las alternativas planteadas, tuvo 17 preguntas.

Prueba de validez y confiabilidad

Para determinar la validez del contenido se sometió los instrumentos a juicio de expertos con un total de 08 expertos, entre ellos: Cirujano Dentista (08). La confiabilidad se obtuvo con el apoyo del asesor estadístico, a través de la prueba piloto cuyos resultados se sometió a la prueba estadística alfa Crombach.

Alfa Crombach: Es una prueba estadística de mayor aproximación para determinar la fiabilidad del instrumento. Es aceptable el nivel de confiabilidad entre 0,7 a 0,9, si el coeficiente es inferior a 0,70 el investigador debe decidir si analiza los datos recogidos con el instrumento, si el coeficiente es 1,00 quiere decir que cada ítem el instrumento está midiendo coherentemente la misma cosa.

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó por escrito a las Direcciones de cada Centro Educativo Básico Especial (Iquitos, 9 de Octubre, Teniente Manuel Clavero), la autorización para realizar la investigación, donde se comunicó el propósito del trabajo. Se solicitó la participación voluntaria de las madres de los niños matriculados en las

Instituciones Básicas Especiales de la ciudad de Iquitos. Se aplicó el examen intraoral a los niños con diagnóstico de discapacidad intelectual para la obtención del índice de Higiene Oral Simplificado.

2.5. Métodos

Criterios De Inclusión:

- Niños con diagnóstico de discapacidad intelectual matriculados en los centros educativos básicos especiales de la ciudad de Iquitos en el 2016.
- Niños con discapacidad intelectual con edades entre 8 a 12 años.

Criterios De Exclusión:

- Niños sin diagnóstico de discapacidad intelectual matriculados en los centros educativos básicos especiales de la ciudad de Iquitos en el 2016.
- Niños con discapacidad intelectual con edades menores de 8 y mayores de 12 años.

2.6. Tratamientos de los Datos

Para el análisis de los datos univariados se usó tablas de frecuencias simples y porcentajes. Para realizar la inferencia estadística se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17.0 para Windows Xp; la prueba estadística empleada fue la prueba no paramétrica o de distribución libre distribución Chi cuadrada.

2.7. Consideraciones éticas

Se respetó los Derechos Humanos de los participantes en la investigación, teniendo en cuenta su deseo libre y voluntario de participar en éste estudio.

Los instrumentos de recolección de datos fueron anónimos y confidenciales los cuales fueron utilizados para fines de la presente investigación.

CAPÍTULO III PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. Resultados

CUADRO N° 01.

Distribución de pacientes según Institución Educativa.

Institución Educativa	Frecuencia	Porcentaje (%)
IEB 9 de Octubre	23	47,9
IEB Manuel Clavero	25	52,1
TOTAL	48	100

Fuente: Datos de la investigación

En el Cuadro 01 se observa la distribución de pacientes según la Institución Educativa, donde el 47,9% (23) son de la IEB 9 de octubre, y el 52,1% (25) son de la IEB Manuel Clavero.

CUADRO N° 02.

Distribución de pacientes según Género de los niños.

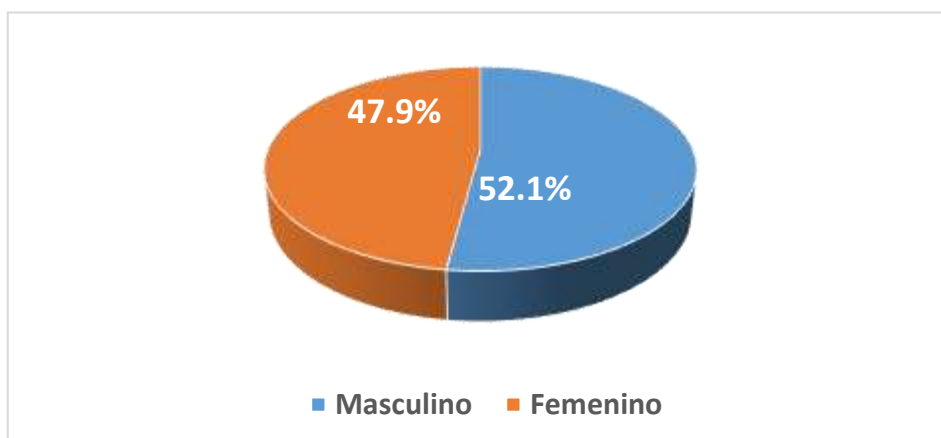
Género	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	25	52,1
Femenino	23	47,9
TOTAL	48	100

Fuente: Datos de la investigación

En Cuadro 02, Gráfico 01 se observa la distribución de pacientes según el género, donde el sexo Masculino fue el más representativo con el 52,1% (25) y el sexo Femenino con el 47,9% (23).

GRÁFICO N° 01.

Distribución de pacientes según Género.

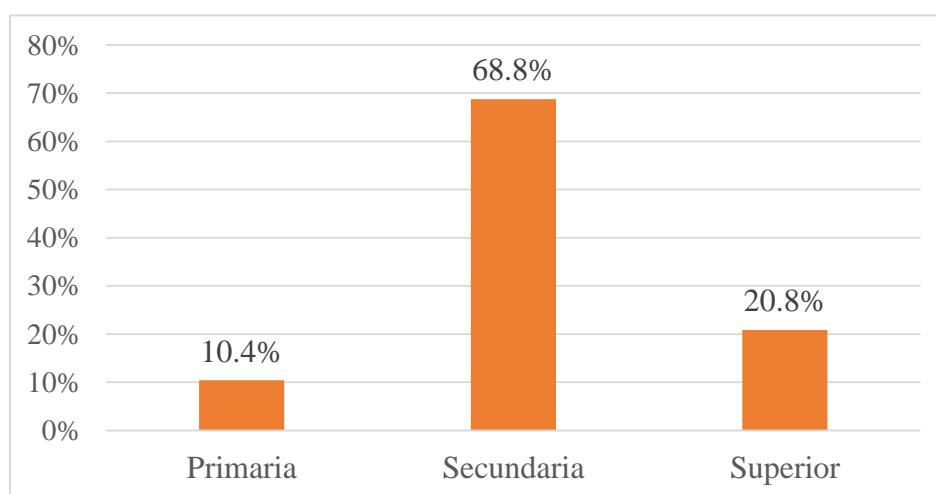


CUADRO N° 03.**Distribución de pacientes según Grado de Instrucción de la madre.**

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	5	10,4
Secundaria	33	68,8
Superior	10	20,8
TOTAL	48	100

Fuente: Datos de la investigación

En Cuadro 03, Gráfico 02 se observa la distribución de pacientes según grado de instrucción de la madre, donde el nivel secundario fue la muestra más representativa con el 68,8% (33), luego el 20,8% (10) de madres con nivel superior y el 10,4% (5) de madres con nivel primario.

GRÁFICO N° 02.**Distribución de pacientes según Grado de Instrucción de la madre.**

CUADRO N° 04.

Distribución de pacientes según Índice de Higiene Oral de los niños.

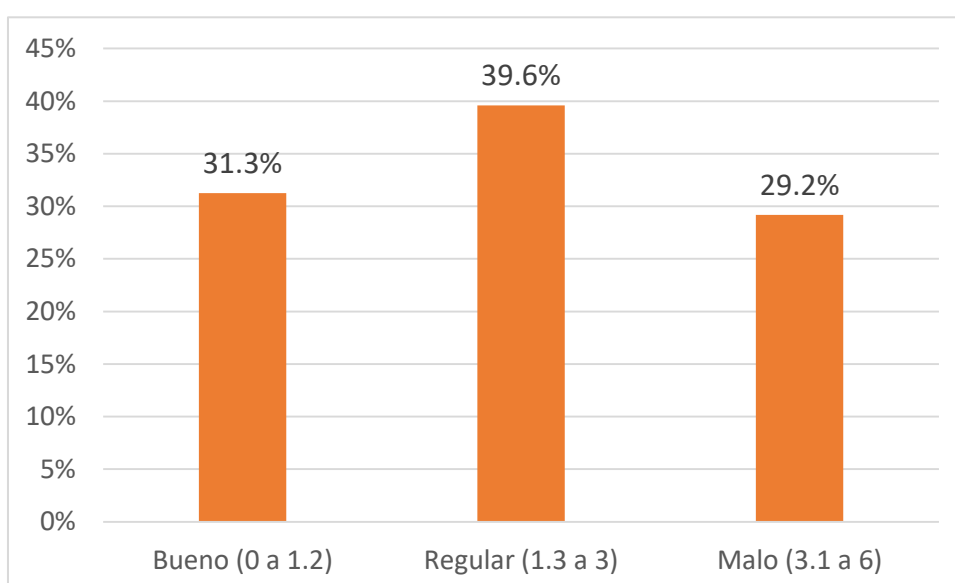
IHOS	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bueno (0 a 1.2)	15	31,3
Regular (1.3 a 3)	19	39,6
Malo (3.1 a 6)	14	29,2
TOTAL	48	100

Fuente: Datos de la investigación

En Cuadro 04, Gráfico 03 se observa la distribución de pacientes según el Índice de higiene oral de los niños, donde el 31,3% (15) de niños tienen un IHOS Bueno (0 a 1.2), el 39,6% (19) de niños con un IHOS Regular (1.3 a 3) y el 29,2 (14) de niños con un IHOS Malo (3.1 a 6).

GRÁFICO N° 03.

Distribución de pacientes según Índice de Higiene Oral.

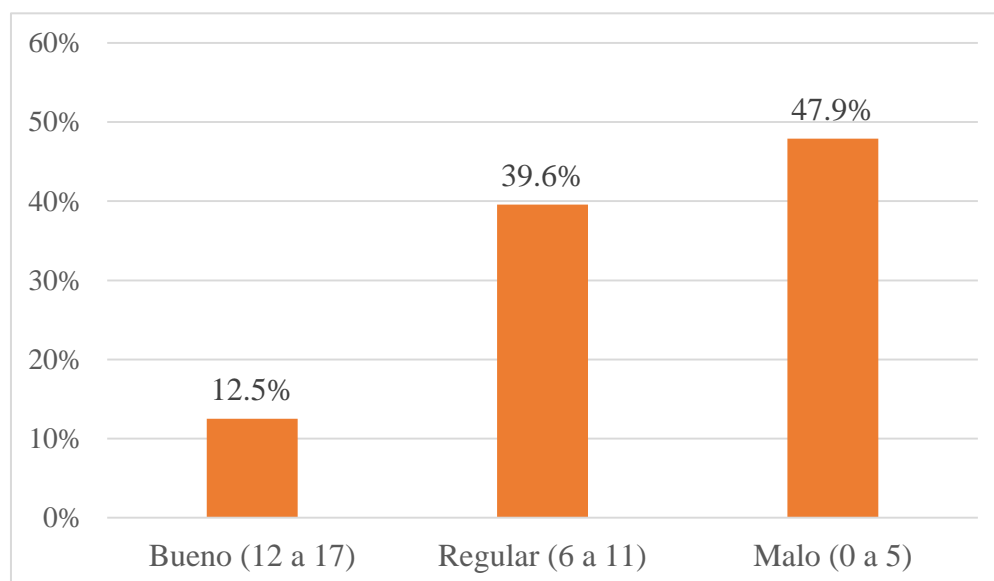


CUADRO N° 05.**Distribución de pacientes según Nivel de Conocimiento de la madre.**

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bueno (12 a 17)	6	12,5
Regular (6 a 11)	19	39,6
Malo (0 a 5)	23	47,9
TOTAL	48	100

Fuente: Datos de la investigación

En Cuadro 05, Gráfico 04 se observa la distribución de pacientes según el nivel de conocimiento de la madre, donde el 12,5% (6) tienen un nivel de conocimiento Bueno (12 a 17), el 39,6% (19) tuvo un nivel de conocimiento Regular (6 a 11) y el 47,9% (23) tienen un nivel de conocimiento Malo (3.1 – 6) siendo este la más representativa.

GRÁFICO N° 04.**Distribución de pacientes según Nivel de conocimiento de la madre.**

CUADRO N° 06.

Nivel de conocimiento según grado de instrucción de la madre.

Grado de Instrucción	Nivel de conocimiento de la madre			TOTAL
	Bueno (12 – 17)	Regular (6 – 11)	Malo (0 – 5)	
Primaria	0	3	2	5
	0,0%	6,3%	4,2%	10,4%
Secundaria	5	11	17	33
	10,4%	22,9%	35,4%	68,8%
Superior	1	5	4	10
	2,1%	10,4%	8,3%	20,8%
TOTAL	6	19	23	48
	12,5%	39,6%	47,9%	100,0%

Fuente: Datos de la investigación

ANALISIS BIVARIADO

Nivel de conocimiento de la madre según el grado de instrucción

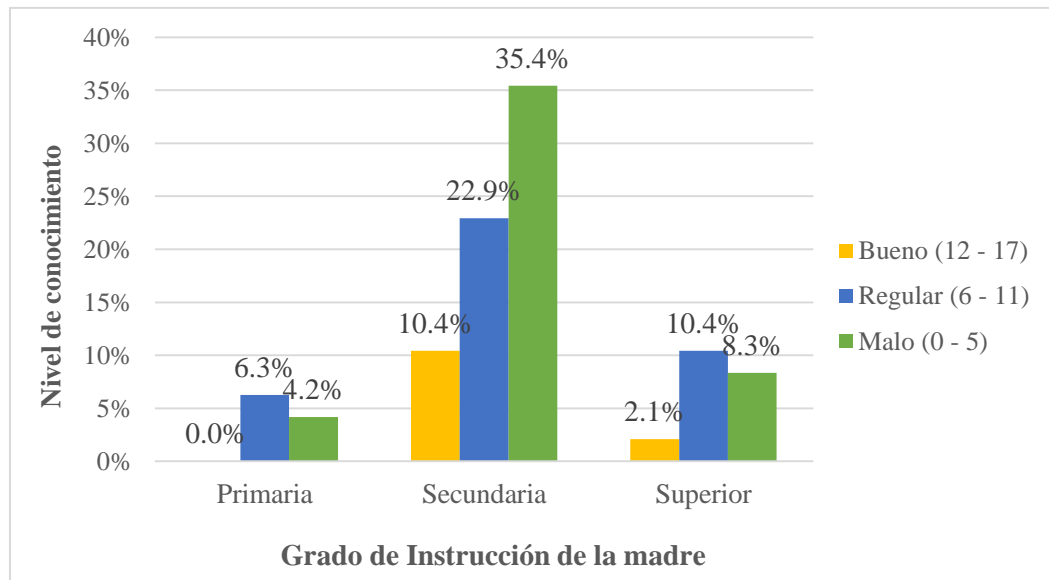
En Cuadro 06, Gráfico 05 se observa el Nivel de conocimiento en salud bucal en relación al grado de instrucción de la madre. En madres del nivel primaria, el 6,3% (3) tiene un nivel de conocimiento Regular y el 4,2% (2) un nivel de conocimiento Malo.

En madres del nivel secundario, el 35,4% (17) tienen un nivel de conocimiento Malo, el 22,9% (11) tienen un nivel de conocimiento Regular y el 10,4% (5) tienen un nivel de conocimiento Bueno.

En madres del superior, el 10,4% (5) tienen un nivel de conocimiento Regular, el 8,3% (4) tienen un nivel de conocimiento Malo y el 10,4% (5) de madres con nivel de conocimiento Bueno.

GRÁFICO N° 05.

Nivel de conocimiento según grado de instrucción de la madre.



CUADRO N° 07.

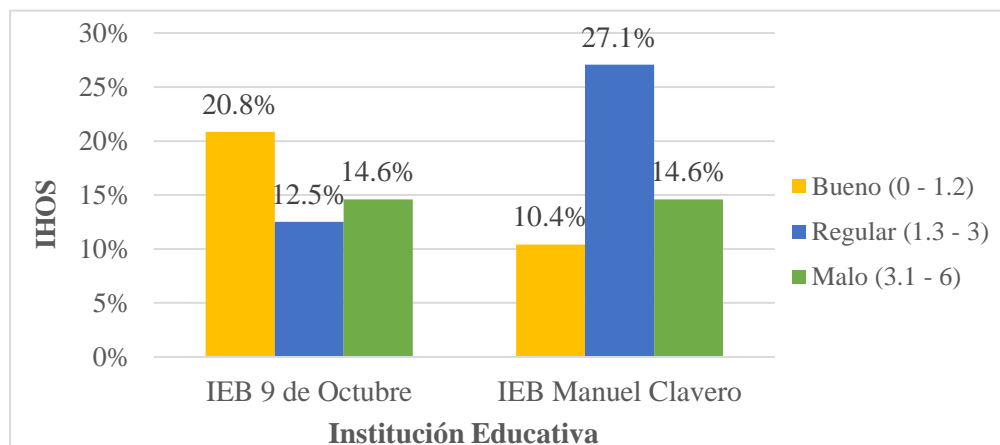
Índice de Higiene Oral de niños según la Institución Educativa.

Institución Educativa	Índice de higiene Oral Simplificado			TOTAL
	Bueno (0 – 1.2)	Regular (1.3 - 3)	Malo (3.1 – 6)	
IEB 9 de Octubre	10 20,8%	6 12,5%	7 14,6%	23 47,9%
IEB Manuel Clavero	5 10,4%	13 27,1%	7 14,6%	25 39,6%
TOTAL	15 31,3%	19 39,6%	14 29,2%	48 100,0%

Fuente: Datos de la investigación

GRÁFICO N° 06.

Índice de Higiene Oral de niños según la Institución Educativa.



La prueba de chi cuadrado aplicada a tablas de contingencias entre las variables Índice de higiene oral y la institución educativa muestra un valor de chi cuadrado $X^2=4,170$; $gl=2$, $p_valor=0,124$ indica que ambas variables son independientes, por lo que no existe suficiencia evidencia estadística para aceptar la hipótesis de que la institución educativa pueda influenciar en el índice de higiene oral.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,170 ^a	2	,124
Razón de verosimilitud	4,256	2	,119
Asociación lineal por lineal	,860	1	,354
N de casos válidos	48		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6.71.

CUADRO N° 08.

Índice de Higiene Oral de niños según género del niño.

Género	Índice de higiene Oral Simplificado			TOTAL
	Bueno (0 – 1.2)	Regular (1.3 - 3)	Malo (3.1 – 6)	
Masculino	10	5	10	25
	20,8%	12,5%	20,8%	52,1%
Femenino	5	14	4	23
	10,4%	29,2%	8,3%	47,9%
TOTAL	15	19	14	48
	31,3%	39,6%	29,2%	100,0%

Fuente: Datos de la investigación

Índice de higiene oral de niños según género

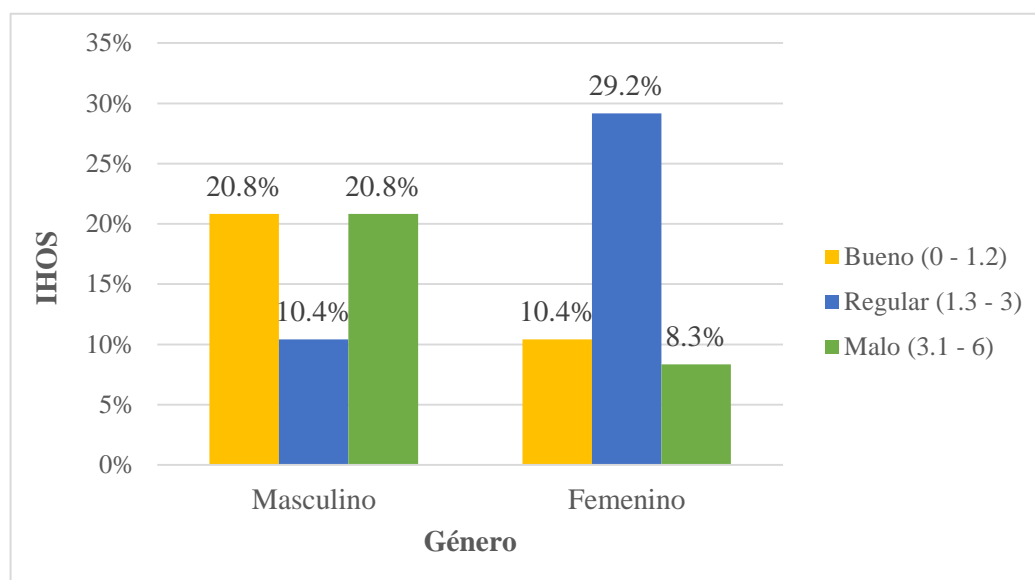
En Cuadro 08, Gráfico 07 se observa el índice de higiene oral según el género de los niños.

Del total de pacientes examinados, en niños de sexo masculino el 20,8% (10) tienen un IHOS Bueno y un IHOS Malo respectivamente, y el 10,4% (5) tienen un IHOS Regular.

En niños de sexo femenino, el 29,4% (14) tienen un IHOS Regular, el 10,4% (5) tienen un IHOS Bueno y el 8,3% (4) tienen un IHOS Malo.

GRÁFICO N° 07.

Índice de Higiene Oral de niños según género del niño.



La prueba de chi cuadrado aplicada a tablas de contingencias entre las variables Índice de higiene oral y el género del niño, muestra un valor de chi cuadrado $X^2=8,433$; $gl=2$, $p_valor=0,015$ indica que ambas variables son dependientes, por lo que existe suficiencia evidencia estadística para aceptar la hipótesis de que el género puede influenciar en el índice de higiene oral.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,433 ^a	2	,015
Razón de verosimilitud	8,711	2	,013
Asociación lineal por lineal	,037	1	,848
N de casos válidos	48		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6.71.

CUADRO N° 09.

Índice de Higiene Oral de niños según nivel de conocimiento de la madre de la IEB 9 de octubre.

Índice de Higiene Oral	Nivel de conocimiento de la madre			TOTAL
	Bueno (12 – 17)	Regular (6 – 11)	Malo (0 – 5)	
Bueno (0 – 1.2)	3 13,0%	5 21,7%	2 8,7%	10 43,5%
Regular (1.3 – 3)	0 0,0%	0 0,0%	6 26,1%	6 26,1%
Malo (3.1 – 6)	0 0,0%	0 0,0%	7 30,4%	7 30,4%
TOTAL	3 13,0%	5 21,7%	15 65,2%	23 100,0%

Fuente: Datos de la investigación

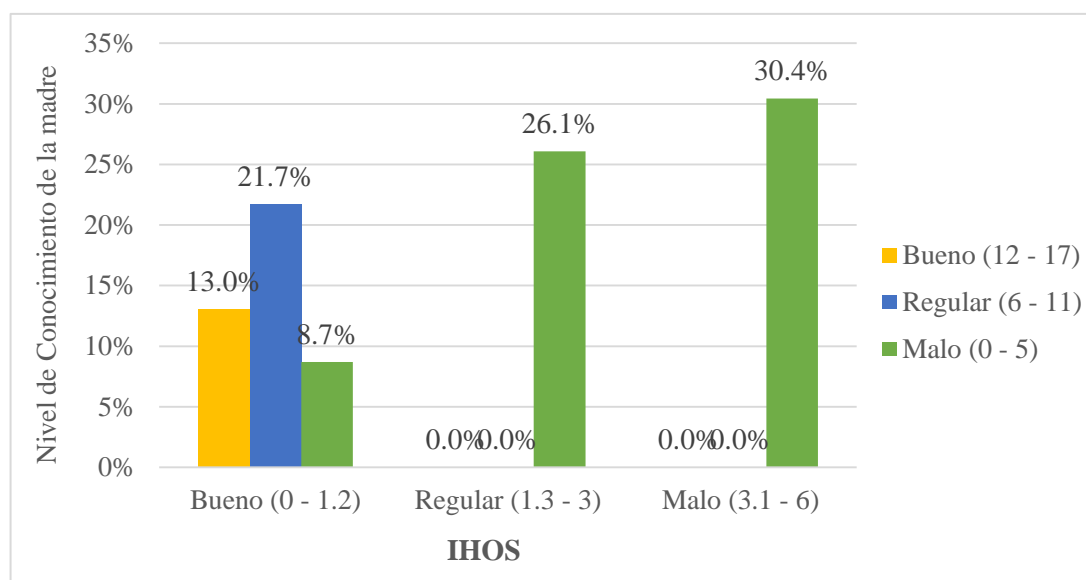
IEB 9 DE OCTUBRE

En Cuadro 09, Gráfico 08 se observa el índice de higiene oral de los niños según el nivel de conocimiento de la madre en la IEB Manuel Clavero. Del 100% de pacientes, se aprecia que del 43,5% de niños con IHO Bueno, el 13,0% (3) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Bueno, un 21,7% (5) de madres tuvieron nivel de conocimiento Regular y el 8,7% (2) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Malo.

Del 26,1% y del 30,4% de niños con un IHO Regular y Malo respectivamente, las madres tuvieron un nivel de conocimiento Malo.

GRÁFICO N° 08.

Índice de Higiene Oral de niños según nivel de conocimiento de la madre de la IEB 9 de octubre.



La prueba de chi cuadrado aplicada a tablas de contingencias entre las variables Índice de higiene oral y el nivel de conocimiento de la madre, muestra un valor de chi cuadrado $X^2=15,947$; $gl=4$, $p_valor=0,003$ indica que ambas variables son dependientes, por lo que existe suficiencia evidencia estadística para aceptar la hipótesis de que el nivel de conocimiento de la madre puede influenciar en el índice de higiene oral de los niños.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15,947 ^a	4	,003
Razón de verosimilitud	19,712	4	,001
Asociación lineal por lineal	10,324	1	,001
N de casos válidos	23		

a. 8 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,78.

CUADRO N° 10.

Índice de Higiene Oral de niños según nivel de conocimiento de la madre de la IEB Manuel Clavero.

Índice de Higiene Oral	Nivel de conocimiento de la madre			TOTAL
	Bueno (12 – 17)	Regular (6 – 11)	Malo (0 – 5)	
Bueno (0 – 1.2)	1 4,0%	4 16,0%	0 0,0%	5 20,0%
Regular (1.3 - 3)	1 4,0%	8 32,0%	4 16,0%	13 52,0%
Malo (3.1 – 6)	1 4,0%	2 8,0%	4 16,0%	7 28,0%
TOTAL	3 12,0%	14 56,0%	8 32,0%	25 100,0%

Fuente: Datos de la investigación

IEB MANUEL CLAVERO

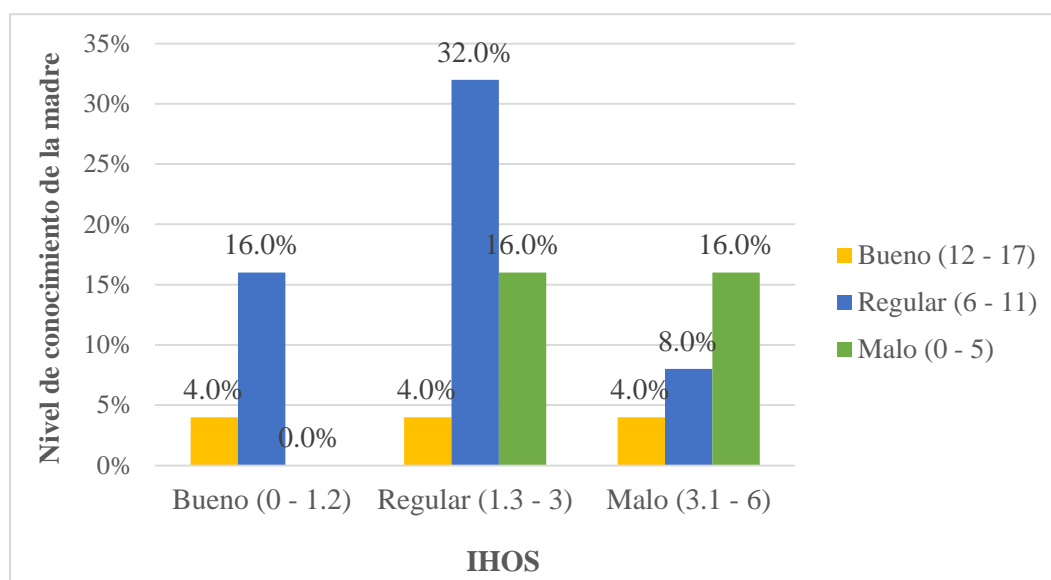
En Cuadro 10, Gráfico 09 se observa el índice de higiene oral de los niños según el nivel de conocimiento de la madre en la IEB Manuel Clavero. Del 100% de pacientes, se aprecia que del 20,0% de niños con IHO Bueno, el 4,1% (1) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Bueno y el 16,0% (4) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Regular siendo la más representativa en el grupo.

Del 52,0% de niños con un IHO Regular, el 4,1% (1) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Bueno, el 32,0% (8) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Regular, y el 16,0% (4) de madres con un nivel de conocimiento Malo.

Del 28,0% de niños con un IHO Malo, el 4,0% (1) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Bueno, el 8,0% (2) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Regular, y el 16,0% (4) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Malo.

GRÁFICO N° 09.

**Índice de Higiene Oral de niños según nivel de conocimiento de la madre de la IEB
Manuel Clavero.**



La prueba de chi cuadrado aplicada a tablas de contingencias entre las variables Índice de higiene oral y el nivel de conocimiento de la madre, muestra un valor de chi cuadrado $X^2=5,013$; $gl=4$, $p_valor=0,286$ indica que ambas variables son independientes, por lo que no existe suficiencia evidencia estadística para aceptar la hipótesis de que el nivel de conocimiento de la madre puede influenciar en el índice de higiene oral de los niños.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,013 ^a	4	,286
Razón de verosimilitud	6,476	4	,166
Asociación lineal por lineal	2,627	1	,105
N de casos válidos	25		

a. 8 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,60.

CUADRO N° 11.

Índice de Higiene Oral de niños según nivel de conocimiento de la madre.

Índice de Higiene Oral	Nivel de conocimiento de la madre			TOTAL
	Bueno (12 – 17)	Regular (6 – 11)	Malo (0 – 5)	
Bueno (0 – 1.2)	4 8,3%	9 18,8%	2 4,2%	15 31,3%
Regular (1.3 - 3)	1 2,1%	8 16,7%	10 20,8%	19 39,6%
Malo (3.1 – 6)	1 2,1%	2 4,2%	11 22,9%	14 29,2%
TOTAL	6 12,5%	19 39,6%	23 47,9%	48 100,0%

Fuente: Datos de la investigación

Relación estadística entre el Índice de higiene oral de los niños y el Nivel de conocimiento de la madre.

En Cuadro 11, Gráfico 10 se observa el índice de higiene oral de los niños según el nivel de conocimiento de la madre. Del 100% de pacientes, se aprecia que del 31,3% de niños con IHO Bueno, el 8,3% (4) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Bueno, el 18,8% (9) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Regular siendo la más representativa en este grupo, y sólo el 4,2% (2) de madres con un nivel de conocimiento Malo.

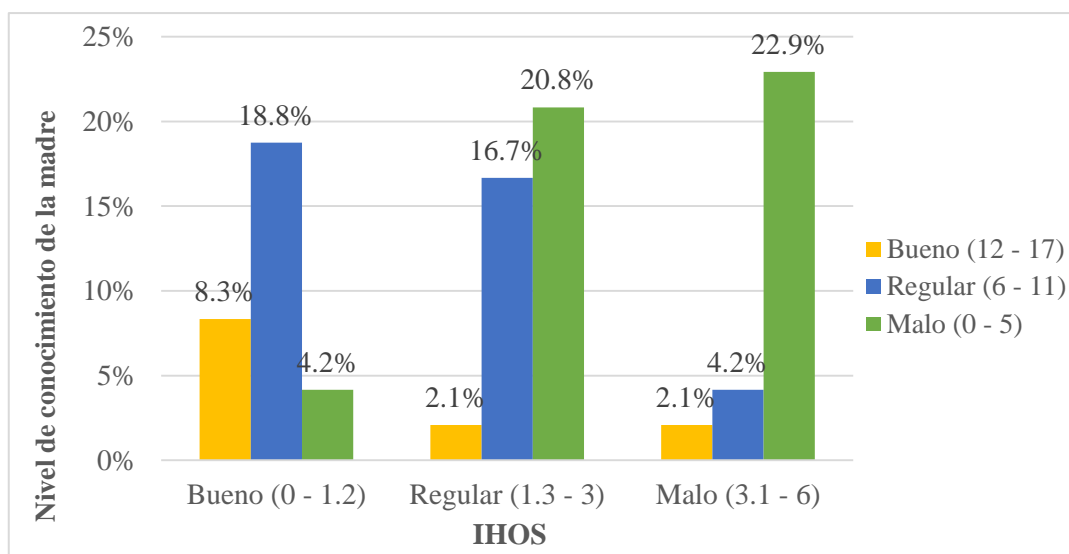
Del 39,6% de niños con un IHO Regular, el 2,1% (1) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Bueno, el 16,7 % (8) de madres con un nivel de conocimiento Regular y el 20,8% (10) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Malo.

Del 29,2% de niños con un IHO Malo, el 2,1% (1) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Bueno, el 4,2% (2) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Regular,

mientras que el 22,9% (11) de madres tuvieron un nivel de conocimiento Malo siendo la muestra representativa en este grupo.

GRÁFICO N° 10.

Índice de Higiene Oral de niños según nivel de conocimiento de la madre.



La prueba de chi cuadrado aplicada a tablas de contingencias entre las variables Índice de higiene oral y el nivel de conocimiento de la madre, muestra un valor de chi cuadrado $X^2=13,977$; $gl=4$, $p_valor=0,007$ indica que ambas variables son dependientes, por lo que existe suficiencia evidencia estadística para aceptar la hipótesis de que el nivel de conocimiento de la madre puede influenciar en el índice de higiene oral de los niños.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13,977 ^a	4	,007
Razón de verosimilitud	15,251	4	,004
Asociación lineal por lineal	10,772	1	,001
N de casos válidos	48		

a. 3 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.75.

3.2. Discusión de los resultados

- Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos indica que el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños discapacitados, es regular, en un 18,8%, (9 madres) de esta manera nuestros hallazgos tienen relación con la investigación realizada por **Cabellos Alfaro D.** con un 68,9% de una muestra de 90 padres con sus respectivos niños discapacitados dando credibilidad a los resultados en la investigación realizada por **Benamente Lipa L.** donde indica un nivel de conocimiento regular en padres de niños discapacitados.
- En nuestra investigación se presenta el IHO encontrados en los niños discapacitados fue en un 47,9% malo (23 niños), de esta manera coincidiendo en los resultados de la investigación realizada por **Benamente Lipa L.** con un 65,5% fue malo, esto podría deberse por la falta de orientación de los padres a los niños, ya que ellos tuvieron un nivel de conocimiento regular. Por otro lado, podría deberse a la falta de compromiso o instrucción de salud bucal de los docentes de los CEBE hacia los niños.
- En nuestra presente investigación se halló que el 68.8% (33 madres) de la **distribución de pacientes según el grado de instrucción de la madre** fue secundario, seguido de un 20,8% (10 madres) fue superior y 10,4% fue primaria, dando credibilidad a los resultados estadísticos encontrados en el presente trabajo donde el 39,6% (19 niños) **distribuidos según el índice de higiene oral de los niños** fue regular, seguido de un 31.3% (15 niños) fue bueno y el 29.2% fue malo. Esto quiere decir que el nivel de conocimiento de salud bucal de las madres de los CEBE

de la ciudad de Iquitos tiene relación con el índice de higiene oral de sus respectivos niños, ya que la mayoría de las madres encuestadas en la investigación fueron de niveles secundarios y superiores. Por otro lado, estos resultados podrían contradecir con la **distribución de pacientes según el nivel de conocimientos de las madres**, que dio un resultado más relevante del cuadro estadístico de 47,9% (23 madres) fue malo, seguido de un 39,6% fue regular y un 12,5% fue bueno. Dando discrepancia a los resultados encontrados en la **distribución según el índice de higiene oral de los niños** con el resultado ya mencionado y más resaltante que fue de 39,6% (19 niños) fue regular.

- Esto podría deberse a la influencia que tienen los niños discapacitados con las personas que los rodean, y como en primera instancia serían los maestros especializados en la enseñanza de los niños discapacitados de los CEBE de la ciudad de Iquitos.

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- Se estableció un regular nivel de conocimiento sobre higiene bucal en las madres de niños discapacitados.
- Se encontró que la mayoría de los niños, el (47,9%) 23 niño de un total de 48 niños discapacitados tuvo un IHO malo, el (39,6%) 19 niño tuvo regular y el (12,5%) 6 niño tuvo un IHO bueno.
- Se determinó que las madres con mayor nivel de conocimiento sobre salud bucal, son aquellos que cuentan con un grado de instrucción secundario con 68,8%.
- Se identificó que el IHO de los niños según la institución educativa fue: en IEB 9 de octubre, se obtuvo como resultado el 20,8 % es bueno (10 niños), mientras que en el IEB Manuel Clavero el 27,1 % (13 niños) es regular.
- Se encontró que la prueba de chi cuadrado aplicada mostro un valor de chi cuadrado $X^2=13,977$; $gl=4$, $p_valor=0,007$ indico que ambas variables fueron dependientes, por lo que existió suficiencia evidencia estadística para aceptar la hipótesis de que el nivel de conocimiento de la madre puede influenciar en el índice de higiene oral de los niños.

4.2. Recomendaciones

- Implementar servicios odontológicos para la atención de pacientes discapacitados en los CEBE.
- Concientizar a los maestros de los CEBE sobre técnicas de cepillado adecuados para niños discapacitados.
- Hacer charlas preventivas sobre salud bucal a los padres de familia de los niños discapacitados.
- Capacitar más a las facultades de odontología para la realización de actividades comunitarias en los CEBE.
- Emplear los resultados de este trabajo de investigación para el desarrollo y ampliación de este tema en el futuro.
- Realizar una investigación sobre el nivel de conocimiento de los padres de niños discapacitados estableciendo una relación con el nivel socioeconómico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La Organización Mundial De La Salud, asociación latinoamericana odontológica, odontológica para pacientes especiales, 2016
2. Organización Panamericana de la Salud. Medicina preventiva y salud pública. 8 ed. Barcelona: salvat. Ops, oms; 2001.
3. Doris Agripina Cabellos Alfaro, 2006, relacion del nivel del conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro ann sullivan del Perú. Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista. Facultad de Odontología de la UNMSM, Lima – Perú.
4. Lourdes Ángela Benavente Lipa, Odontol.; 10(2) influencia del nivel de educación sanitaria de los padres o apoderados en el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental Dpto. Académico Estomatología Biosocial. Facultad de Odontología de la UNMSM. Lima – Perú.2007
5. Navas P., Rita; Mogollón, Joalis Participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down Ciencia Odontológica, vol. 4, núm. 2, julio-diciembre, 2007
6. Higashida, Bertha,. odontologia preventiva, 1era Edición, Editorial Mac Graw – Hill Interamericana, Mexico 2000

7. Cuenca Sala, Emili, Baca Garcia, Pilar.. odontologia preventiva y comunitaria, principios, metodos y aplicaciones, 2da edicion, editorial masson, España, 2005
8. Juan R. Boj, Monserrad Catala, Carlos Garcia, Asuman Mendoza, , odontopediatria, 1era Edición, Editorial Mason S.A. 2005
9. Mario César Podestá (2005) odontopediatria y prevención en salud bucal. Fondo Editorial de la Universidad Inca Gracilazo de la Vega, Lima- Perú. 2005
10. Sociedad Española de Peridoncia y oseointegracion F. Gil Loscos, M.J. Aguilar Agulló, M.V. Cañamás Sanchis, P. Ibáñez Cabanell, sistemática de la higiene bucodental: el cepillado dental manual, methodology of the oral hygiene: the manual toothbrushing, 2005
11. Carranza F, Ana Cuesta Peredo, Javier García Planells, Pilar González Cabo, Laia Pedrola Vidal, Reyes Calaramunt Alonso y Carmen Espinós Armero. Unidad de Genética y Medicina Molecular, Instituto de Biomedicina de Valencia. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2004
12. Guedes Arbelo Muñoz Alba, E.; Reche Torrecillas, D. M.; alimentación básica adaptada. Salvador ,2004
13. Carlos Heredia Azerrad. Manual de procedimientos clínicos de odontología preventiva en el niño y el adolescente. Facultad de Estomatología de la Universidad Cayetano Heredia, Lima- Perú. 1999

14. Arias Herrera, Sury R. et al. Propuesta de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero, padres y educadores. Clínica Estomatológica Provincial Docente “Ismael Clark Y Mascaró”. Camagüey. Revista “Archivo Médico de Camagüey” 2005
15. Jaime Otero M, generalidades del síndrome de down.2000, obtenible en: Artículos Científicos:< WWW.Webodontologica.com>
16. Universidad peruana cayetano Heredia, Relación del riesgo estomatológico con el consumo de azúcares extrínsecos, índice de placa blanca y la experiencia de caries en pacientes pediátricos que acudieron a la clínica estomatológica central de la universidad peruana cayetano heredia entre 1994 y 1998. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista], UPOCH, Lima, 2001
17. Morales Purizaca, Oscar David. Eficacia de dos técnicas educativas: informativa y demostrativa dirigidas a padres de personas con discapacidad mental en el centro ann sullivan del Perú –. Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista. Facultad de Odontología de la UNMSM, Lima – Perú. 2006
18. Lindhe J, guía de práctica clínica en salud oral- higiene oral, , bogota, Colombia 2005
19. Angeles Matoses Miralles. Técnicas de cepillado,. ASISA. Consejos Médicos 2001
20. Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M.,

Reeve, A., y cols. Mental Retardation. Definition, classification and systems of

- supports (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
[Traducción al castellano de M.A. Verdugo y C. Jenaro (en prensa). Madrid: Alianza Editorial. (2002)
21. Ministerio de educación de Chile, retraso del desarrollo y discapacidad intelectual, ,Santiago , Chile 2007
22. Pinkhan J.R, odontologia pediatria, Tercera Edicion, Editorial Mac Graw-Hill Interamericana. 2001
23. Mulhe R.,the genetics of autism.; 113; 472 -486, University of Maryland Medical Center. 2004
24. Friedenthal M. (). Diccionario de Odontología.. Editorial Médica Panamericana Madrid, España. 1996
25. Nelly P. División Ciencias Sociales. IDRC. La relación entre enfoques cualitativos y cuantitativos, 2000
26. Hernandez R. Metodologia de la investigacion- quinta edicion, , México DF, México 2007
27. MAGALHAES, M.H.C.G.; BECKER, M.M.; RAMOS, M.S. Aplicación de un programa de higiene supervisada en pacientes portadores de parálisis Rev. Brasileira Pós-grad. 2, 109-13.a Pacientes Especiais - Brasil (1997)

28. GONZALES LOBATON: “Técnica de cepillado en pacientes con Retardo mental leve y moderado” Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. USMP. 1998.
29. REQUENA BLAS, ELVIS: “Perfil de salud- enfermedad bucal en niños especiales con Síndrome Down y Retardo mental de Centros Educativos especiales de Huaraz y Chancay”. Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista UNMSM. Lima Oct 1999.

ANEXOS

Anexo N° 01

**PERMISO PARA LA EJECCUCION DE TESIS
EN EL CEBE TENIENTE MANUEL CLAVERO**

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

SOLICITA: PERMISO PARA EJECUCION DE TESIS

SEÑORA:
LIC. ELDA ISOLINA ESPINOZA GONZALES
DIRECTORA (E) DEL CEBE "TENIENTE MANUEL CLAVERO" - PUNCHANA

S.D.

FRANCESCA VICTORIA LUISA JAVIER NEGRON, identificada con DNI N° 72443703, y JOSE LUIS HERNANDEZ RODRIGUEZ, identificado con DNI N° 74042946, ante Ud. Con el debido respeto nos presentamos y exponemos:

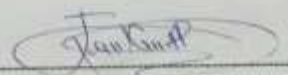
Que, en nuestra condición de Bachilleres en Estomatología, de la Universidad Peruana del Oriente – UPO, recurrimos a su despacho a fin de solicitar se nos conceda PERMISO para el día Viernes 18 de Noviembre del 2016, a horas 8.00 a.m. para la Ejecución de Tesis denominado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES E HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN CENTROS EDUCATIVOS BASICOS ESPECIALES DE LA CIUDAD DE IQUITOS-2016. Por lo que pedimos a Ud. Se sirva ordenar a quien corresponda para que se nos conceda lo solicitado.

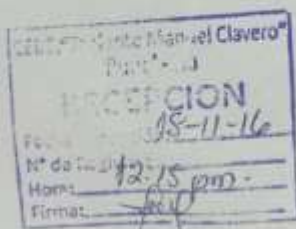
POR LO EXPUESTO:

A Ud. Señora Directora, pedimos acceder a nuestra solicitud, por ser de Justicia.

Iquitos, 15 de Noviembre del 2016



FRANCESCA VICTORIA LUISA JAVIER NEGRON
DNI N° 72443703


JOSE LUIS HERNANDEZ RODRIGUEZ
DNI N° 74042946



Anexo N° 02

**PERMISO PARA LA EJECCUCION DE TESIS
EN EL CEBE 9 DE OCTUBRE**



"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

SOLICITA: PERMISO PARA EJECCUCION DE TESIS

SEÑORA:
LIC. MARIA HELMI VARGAS R.
DIRECTORA (E) DEL CEBE "9 DE OCTUBRE"

S.D.

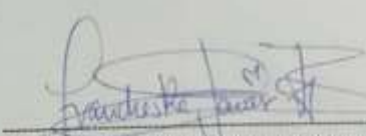
FRANCESCA VICTORIA LUISA JAVIER NEGRON, identificada con DNI N°
72443703, y **JOSE LUIS HERNANDEZ RODRIGUEZ**, identificado con DNI N° 74042946, ante Ud.
Con el debido respeto nos presentamos y exponemos:

Que, en nuestra condición de Bachilleres en Estomatología, de la
Universidad Peruana del Oriente – UPO, recurrimos a su despacho a fin de solicitar se nos
conceda PERMISO para el día Jueves 24 de Noviembre del 2016, a horas 9.00 a.m. para la
Ejecución de Tesis denominado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS
MADRES E HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN CENTROS
EDUCATIVOS BASICOS ESPECIALES DE LA CIUDAD DE IQUITOS-2016. Por lo que pedimos a Ud.
Se sirva ordenar a quien corresponda para que se nos conceda lo solicitado.


POR LO EXPUESTO:

A Ud, Señora Directora, pedimos acceder a nuestra solicitud, por ser de
Justicia.

Iquitos, 15 de Noviembre del 2016



FRANCESCA VICTORIA LUISA JAVIER NEGRON
DNI N° 72443703



JOSE LUIS HERNANDEZ RODRIGUEZ
DNI N° 74042946

Anexo N° 03

**CARATULA, FIRMAS DE
BACHILLERES Y ASESOR EN EL
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE
DATOS**

"Año de la Declaración del Mar de Grau"

UNIVERSIDAD PERUANA DEL ORIENTE

Facultad de Ciencias de la Salud



Iquitos, 03 de Mayo del 2016


CD

La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez de contenido de los instrumentos de recolección de datos a ser aplicados en el estudio denominado **"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES EN LA HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA CIUDAD DE IQUITOS - 2016"**


Su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de cada una de las preguntas con los objetivos, variables e indicadores de las mismas.

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración,


Atentamente,



Francesca Victoria L. Javier Negrón



José L. Hernández Rodríguez




CD. Alejandro, Chávez Paredes

Anexo N° 04

**VALIDACION DEL INSTRUMENTO Y
FIRMAS DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS**

UNIVERSIDAD PERUANA DEL ORIENTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTOMATOLOGIA



Cartilla de Evaluación

"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES EN LA
HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA
CIUDAD DE IQUITOS - 2016"

Experto: Jairo E. Vidaurere Utrero
CD.


Service Dent
CENTRO ODONTOLÓGICO
Jairo E. Vidaurere Utrero Dr.
CIRUJANO DENTISTA
DIRECTOR

Pregunta N°	Correcto	Incorrecto
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	
6	X	
7	X	
8	X	
9	X	
10	X	
11	X	
12	X	
13	X	
14	X	
15	X	
16	X	
17	X	

Anexo N° 05


**VALIDACION DEL INSTRUMENTO Y
FIRMAS DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS**

UNIVERSIDAD PERUANA DEL ORIENTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTOMATOLOGIA


 Cartilla de Evaluación

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES EN LA
 HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA
 CIUDAD DE IQUITOS - 2016”

Experto: Francisco Luis Javier Rodriguez
 CD.



 Francisco Luis Javier Rodriguez
 CIRUJANO DENTISTA
 COP. 11538

Pregunta N°	Correcto	Incorrecto
1	✓	
2	✓	
3	✓	
4	✓	
5	✓	
6	✓	
7	✓	
8	✓	
9	✓	
10	✓	
11	✓	
12	✓	
13	✓	
14	✓	
15	✓	
16	✓	
17	✓	

Anexo N° 06

**VALIDACION DEL INSTRUMENTO Y
FIRMAS DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS**

UNIVERSIDAD PERUANA DEL ORIENTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTOMATOLOGIA



Cartilla de Evaluación

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES EN LA
HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA
CIUDAD DE IQUITOS - 2016"**

UNION REGIONAL DE DISCAPACITADOS
C.S. 1-3 San Antonio
CLAUDIA LARA GUEVARA RODRIGUEZ
C.O.E. N° 8760
RESPONSABLE SALUD B.U.F.A.

Experto: Claudia Lara Guevara Rodriguez
CD. Firma:

Pregunta N°	Correcto	Incorrecto
1	✓	
2	✓	
3	✓	
4	✓	
5	✓	
6	✓	
7	✓	
8	✓	
9	✓	
10	✓	
11	✓	
12	✓	
13	✓	
14	✓	
15	✓	
16	✓	
17	✓	

Anexo N° 07

**VALIDACION DEL INSTRUMENTO Y
FIRMAS DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS**

UNIVERSIDAD PERUANA DEL ORIENTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTOMATOLOGIA



Cartilla de Evaluación

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES EN LA
HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA
CIUDAD DE IQUITOS - 2016"**


Experto: Jorge F. Bardales Rios
CD. [Firma]

Pregunta N°	Correcto	Incorrecto
1	✓	
2	✓	
3	✓	
4	✓	
5	✓	
6	✓	
7	✓	
8	✓	
9	✓	
10	✓	
11	✓	
12	✓	
13	✓	
14	✓	
15	✓	
16	✓	
17	✓	

Anexo N° 08

**VALIDACION DEL INSTRUMENTO Y
FIRMAS DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS**

UNIVERSIDAD PERUANA DEL ORIENTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTOMATOLOGIA



Cartilla de Evaluación

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES EN LA
HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA
CIUDAD DE IQUITOS - 2016”

Experto: Edgardo Enrique Fariñas Ros
CD.


E. Fariñas
Dr. Edgardo Enrique Fariñas Ros
Cirurgiano Dentista
COP 4544

Pregunta N°	Correcto	Incorrecto
1	✓	
2	✓	
3	✓	
4	✓	
5	✓	
6	✓	
7	✓	
8	✓	
9	✓	
10	✓	
11	✓	
12	✓	
13	✓	
14	✓	
15	✓	
16	✓	
17	✓	

Anexo N° 09

**VALIDACION DEL INSTRUMENTO Y
FIRMAS DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS**

UNIVERSIDAD PERUANA DEL ORIENTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTOMATOLOGIA



Cartilla de Evaluación

"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES EN LA
HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA
CIUDAD DE IQUITOS - 2016"

Experto: Rubén Ulloa
CD.

Rubén Ulloa
CIRUJANO DENTISTA
01/08/2016

Pregunta N°	Correcto	Incorrecto
1	✓	
2	✓	
3	✓	
4	✓	
5	✓	
6	✓	
7	✓	
8	✓	
9	✓	
10	✓	
11	✓	
12	✓	
13	✓	
14	✓	
15	✓	
16	✓	
17	✓	

Anexo N° 10

**EJECUCION DE LA INVESTIGACION EN EL CEBE
TENIENTE MANUEL CLAVERO**



Anexo N° 11

EJECUCION DE LA INVESTIGACION EN EL CEBE

9 DE OCTUBRE



Anexo N° 12
“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES E
HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN
CENTROS EDUCATIVOS BASICOS ESPECIALES DE LA CIUDAD DE
IQUITOS - 2016”

Variables	Indicadores	Índices	Métodos
<p><u>Variable 1</u></p> <p>Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres.</p> <p><u>Variable 2</u></p> <p>Higiene oral (Niños con Discapacidad)</p>	<p>Cuestionario de 17 preguntas:</p> <p>-Placa bacteriana (2)</p> <p>- Caries (2)</p> <p>-Enfermedad periodontal (2)</p> <p>- Prevención (8)</p> <p>-Información general (3)</p> <p>Índice de Green y Vermillion (IHOS)</p>	<p>Bueno (16 – 21)</p> <p>Regular (10 – 5)</p> <p>Malo (0 – 9)</p> <p>Bueno (0.0- 0,6)</p> <p>Regular (0,7-1,8)</p> <p>Malo (1,9-3,0)</p>	<p>Metodología:</p> <p>Tipo de investigación:</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Diseño de investigación:</p> <p>Correlacional</p> <p>M --- r --- O</p> <p>Muestra:</p> <p>48 con discapacidad intelectual.</p> <p>Instrumentos</p> <p>De recolección de datos:</p> <p>Cuestionario</p> <p>Técnica Green y Vermillion del índice de higiene oral simplificado.</p>

UNIVERSIDAD PERUANA DEL ORIENTE
Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera Profesional de Estomatología



Título del Proyecto: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES E HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN CENTROS EDUCATIVOS BASICOS ESPECIALES DE LA CIUDAD DE IQUITOS -2016”.

I. PRESENTACIÓN.

Este instrumento se elaboró con la finalidad de medir el conocimiento sobre salud bucal de las madres de niños con discapacidad intelectual. Validada por juicio de expertos. Este material de recolección de datos se utilizará única y exclusivamente para el proyecto de investigación ya mencionado, donde posteriormente serán destruidos para respetar la privacidad de los niños y padres de familia.

Consta de 17 preguntas, cada una con 4 alternativas y con una respuesta posible.

El cuestionario se construyó basado en 17 ítems.

- Placa bacteriana (2 preguntas)
- Caries (2 preguntas)
- Enfermedad periodontal (2 preguntas)
- Prevención (8 preguntas)
- Información general (3 preguntas)

II. DATOS GENERALES

Datos generales de la madre:

Edad:.....

Grado de instrucción:

Datos generales del niño:

Edad:

Diagnóstico del niño:

Nombre de la Institución Básica Especial:

Grado de instrucción:

III. CONTENIDO

Lea detenidamente y marque la respuesta correcta con una (x).

1.- ¿Qué es placa bacteriana?

- a) Restos de alimentos sobre los dientes. ()
- b) Manchas blanquecinas en los dientes. ()
- c) Acumulación de restos de alimentos entre los labios. ()
- d) Desconozco. ()

2.- ¿Cómo se origina la placa bacteriana?

- a) Por cepillarse los dientes 3 veces al día. ()
- b) Por comer frutas y verduras. ()
- c) Desconozco. ()
- d) Por el tipo de alimento que se ingiere y el tiempo que este permanece en la boca. ()

3.- ¿Qué es caries dental?

- a) Es una enfermedad que afecta a la lengua. ()
- b) Es una enfermedad que afecta a los dientes. ()
- c) Es una enfermedad que afecta a las encías. ()
- d) Desconozco. ()

4.- ¿Qué produce la caries dental?

- a) Destrucción del diente. ()
- b) Fortalecimiento del diente. ()
- c) Caída del diente. ()
- d) Desconozco. ()

5.- ¿Qué es enfermedad periodontal?

- a) Es una enfermedad que afecta a los labios. ()
- b) Es una enfermedad que afecta a las encías. ()
- c) Es una enfermedad que afecta a los dientes. ()
- d) Desconozco. ()

6.- ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad de las encías?

- a) Sensación de ardor en la boca. ()
- b) Cuando las encías presentan un color rosado y no duelen. ()
- c) Presencia de mal aliento. ()
- d) Cuando las encías presentan inflamación y sangran al cepillado. ()

7.- ¿Qué significa para usted salud bucal?

- a) Cuando la boca y los dientes están sanos ()
- b) Es tener caries en todos los dientes ()
- c) Es tener los dientes completos. ()
- d) Ninguna de las anteriores ()

8.- ¿Qué significa para usted higiene oral?

- a) Es el resultado al eliminar los restos de alimentos de la boca. ()
- b) Es cepillarse los dientes 3 veces al día. ()
- c) Cuando el mal aliento no es un problema constante. ()
- d) Desconozco. ()

9.- ¿Cuándo cree usted que debe cepillarse su niño los dientes?

- a) Antes de las comidas. ()
- b) Después de las comidas. ()
- c) Solo al levantarse. ()
- d) Solo al acostarse. ()

10.- ¿Cuáles considera usted elemento de la higiene oral?

- a) Cepillo dental, jabón, hilo dental. ()
- b) Pasta dental, cepillo dental, hilo dental. ()
- c) Cepillo dental, pasta dental, jabón. ()
- d) No me acuerdo. ()

11.- ¿Cada cuánto tiempo debe cambiarse el cepillo?

- a) Cada tres meses. ()
- b) Cada seis meses. ()
- c) Cada año. ()
- d) Cuando se pierde. ()

12.- ¿Cuánto tiempo debe durar el correcto cepillado?

- a) De 2 a 3 minutos. ()
- b) 30 segundos. ()
- c) De 4 a 5 minutos. ()
- d) No lo sé. ()

13.- ¿A qué edad comenzó a limpiar la boca de su niño?

- a) Al año. ()
- b) A los dos años. ()
- c) A los tres años. ()
- d) Después de la primera ingesta de leche materna. ()

14.- ¿Cuál es la función del flúor en los dientes del niño?

- a) El flúor fortalece y protege al diente. ()
- b) El flúor debilita al diente. ()
- c) El flúor mancha al diente. ()
- d) Desconozco. ()

15.- El diente es:

- a) Es un elemento en la boca. ()
- b) Sirve solamente para masticar los alimentos. ()
- c) Es un órgano. ()
- d) Desconozco. ()

16.- La información que posees sobre salud bucal la has obtenido de:

- a) Por medio de un mecánico dental. ()
- b) Familiares o amigos. ()
- c) Centro de salud, campañas médico- dentales. ()
- d) No lo recibí ()

17.- ¿Cada cuánto tiempo es necesario acudir al dentista?

- a) Cada seis meses. ()
- b) Cuando tenga dolor. ()
- c) Cada año ()
- d) No es necesario. ()



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES E
HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN CENTROS
EDUCATIVOS BASICOS ESPECIALES DE LA CIUDAD DE IQUITOS -2016”**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE:

Iniciales: _____

Edad: _____ Sexo: _____

2. ANTECEDENTES PERSONALES:

Diagnóstico _____

3.ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREEN Y VERMILLION:

Índice de Placa Bacteriana

	Molar Derecha	Anterior	Molar Izquierda	TOTAL
Superior				
Inferior				
TOTAL				

Promedio: _____

Índice de Cálculo

	Molar Derecha	Anterior	Molar Izquierda	TOTAL
Superior				
Inferior				
TOTAL				

Promedio: _____

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL = _____ + _____ = _____ = (_____)

Bueno	0.0 – 1.2
Regular	1.3 – 3.0
Malo	3.1 – 6.0



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES E
HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN
CENTROS EDUCATIVOS BASICOS ESPECIALES DE LA CIUDAD DE
IQUITOS -2016”**

PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Autorización

Yo..... autorizo a mi hijo (a) a que participe en la investigación titulada “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES EN LA HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL-2016”, que se llevará a cabo en esta institución educativa, por las Bachilleres en Estomatología: José Luis Hernández Rodríguez y Francesca Victoria Luisa Javier Negrón , para el cual ustedes reúnen las condiciones necesarias para ser evaluados.

Iniciales del niño:.....

Firma de la madre o apoderado:.....